

様式第1号（第5条関係）

社会福祉法人による利用者負担軽減申請書

令和 年 月 日

（あて先）加 賀 市 長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり、社会福祉法人が行う利用者負担の軽減を受けたいので、社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業補助要綱第5条の規定により申請します。

フリガナ					被保険者番号	
被保険者氏名						
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生					
住 所	〒				電話番号	
軽減申請理由	(老齢福祉年金受給の有無 有 ・ 無)					
施設入所利用 負担月額	通常サービス費	円				
	食費	円	合計		円	
	居住費	円				
	氏 名	生年月日	年間収入額	預貯金等額		
世 帯 構 成	世帯主					
	世帯員					
合 計						
申請者及びその属する世帯全員について、自らの住まい等、日常生活に供する資産以外に住居や土地など、活用できる資産がないか					ある・ない	
負担能力のある親族に扶養されていないか					いる・いない	

(裏)

<確認書類>

- ① 収入要件：源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写しその他の証する書類
※ 年間収入には非課税収入や仕送りも含む。
※ 市町村民税課税台帳等公簿等により確認できる場合は当該書類の添付を省略できる。
- ② 預貯金等要件：預金通帳、有価証券、債券の写しなど

同意書

軽減制度の判定に必要な場合、本人及び世帯員にかかる収入の状況、資産の状況、市町村民税の課税の有無等について調査することに同意します。

本人氏名	印
世帯員氏名	印